

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

244

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean AVICE

Né le 9 juillet 1914, au Mans.

Présentée et soutenue publiquement le ... 8 JUIL. 1942 ... 19 .

LES RUPTURES SPONTANÉES
DE LA RATE
APPAREMMENT SAINES

Président : M. QUÉNU, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **AVICE.**

Prénom : **Jean.**

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

AVICE (Jean). — Les ruptures spontanées de la rate apparemment saine. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 63 p.* (Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

AVICE (Jean). — Les ruptures spontanées de la rate apparemment saine. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 63 p.* (Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

AVICE (Jean). — Les ruptures spontanées de la rate apparemment saine. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 63 p.* (Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

AVICE (Jean). — Les ruptures spontanées de la rate apparemment saine. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 63 p.* (Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean AVICE

Né le 9 juillet 1914, au Mans.

Présentée et soutenue publiquement le 19 .

LES RUPTURES SPONTANÉES
DE LA RATE
APPAREMMENT SAINES

Président : M. QUÉNU. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CADENAT.
Cliniques des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie cale.	LACOMME	Obstétrique.
BERNARD Etienne.	Pathologie cale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BESANÇON Justin..	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie cale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie cale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie cale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie cale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie cale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.	RENARD	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SOULIE	Pathologie médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie cale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-			
VILLARS	Anatomie pathologique.		
DE GENNES	Pathologie cale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
Il... ..	Puériculture.



Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME CHÉRIE

A MON GRAND-PERE

A MA GRAND-MERE

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN QUENU

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broussais
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE LANGRE

Chirurgien de l'Hôpital du Mans
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Qui nous a aidé de ses précieux conseils pour l'élaboration de cet ouvrage.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE DOCTEUR LECORNU.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBE.

INTERNAT :

Hôpital de Caen

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUGEAIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPERON.

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGOT.

Hôpital du Mans

MONSIEUR LE DOCTEUR LANGEVIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR DE LANGRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR CANAGUIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUBRIAT.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. MAURY.

INTRODUCTION

Le but de ce travail est d'étudier s'il existe, à côté des ruptures traumatiques de la rate, à côté des ruptures spontanées de la rate pathologique, des ruptures spontanées de la rate anatomiquement et histologiquement saine.

Nous relaterons deux observations inédites que le Docteur DE LANGE a eu la grande obligeance de nous communiquer; nous y ajouterons, parmi les publications les plus récentes, les observations qui nous ont paru être les plus probantes.

HISTORIQUE

C'est AKINSON, en 1874, qui semble parler le premier de rupture de rate apparemment saine — mais le cas est douteux — à l'autopsie, en effet, il trouve une désintégration de la base de la rate qui est à l'état de bouillie. Douteux aussi le cas de SKERRIT (1878) car il n'existe aucune description de la rate.

SHORTEN en 1919, relate une rupture de la rate avec traumatisme abdominal dix-huit mois auparavant; il n'y avait pas d'adhérences autour de la rate, il en concluait que le traumatisme était sans rapport avec la rupture.

Pendant un certain nombre d'années la question fut centrée sur l'origine traumatique des ruptures de la rate (PLANSON, 1909) ainsi qu'en attestent les nombreuses publications parues tant en France qu'à l'étranger. Vinrent ensuite de nouveaux rapports signalant l'existence de ruptures spontanées de rates pathologiques chez des sujets atteints de typhoïdes ou de paludisme (HAMMESFAHR, BLECHER, BELL, CARR, FONTOY-MONT, SIMPTON, FOUCAULT).

Depuis ces quinze dernières années enfin, plusieurs

auteurs, en particulier BAYLE, en Angleterre, BYFORD, en Amérique et d'autres plus rares en France et en Europe ont signalé l'existence de ruptures spontanées de rates apparemment saines.

ETIOLOGIE

Dans la statistique de BYFORD sur neuf cas publiés on trouve huit hommes et une femme. Sur vingt-huit observations ZUCKERMAN et JACOBI relèvent seize hommes et douze femmes.

Ces ruptures surviennent, en moyenne, entre 21 et 56 ans, nous n'en avons pas rencontré chez des vieillards. DAHLE en signale un cas chez un garçon de 13 ans et NIXON chez un autre garçon de 14 ans.

Sur six observations recueillies chez des femmes, nous notons trois femmes enceintes, l'une au quatrième mois, l'autre au septième mois, la troisième à terme, dans ce dernier cas il n'y a pas d'engagement, on n'entend plus les bruits du cœur et la malade ne ressent plus les mouvements fœtaux depuis l'apparition des symptômes de rupture splénique. Une autre malade avait eu cinq mois avant un accouchement dont les suites de couches furent pénibles. Mais sont-ce là des causes suffisantes pour expliquer une rupture vasculaire d'une rate apparemment saine ?

Chez les hommes, nous remarquons trois alcoolis-

ques : dans le cas de CONNOR il s'agissait d'un alcoolique peut-être tuberculeux, la rate était saine; dans celui de Vincent SARKINSKI de même. Dans l'une des observations inédites que nous rapportons, le cas est plus douteux, car le malade avait un long passé éthylique, un gros foie, la rate entourée d'adhérences n'a pas été enlevée en raison de l'état très précaire du malade. Bien qu'il n'existât pas de signes évidents de cirrhose, pas d'ascite, il est vraisemblable que la rate présentait quelques lésions dégénératives, et ce cas rentre plutôt dans le cadre des ruptures de rate pathologique.

Quant aux causes occasionnelles elles sont d'une extrême variété: c'est en se baissant pour relever un objet lourd (SUSMAN-BOHLER), au cours des travaux ménagers (FOURNIER), en mangeant un morceau de pain (GALLOWAY), en avallant un verre d'eau (METCALPE, ASK-UPMARK) ou encore pendant la digestion (HALLINEL-KASPAR). Enfin STRETTON en signale un cas à la suite d'un coït d'une « excessive violence ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous envisagerons l'étude macroscopique de l'organe :

La capsule ;

L'hématome sous-capsulaire ;

La pulpe splénique.

L'épanchement péritonéal.

Enfin, l'examen microscopique.

LA CAPSULE.

Elle est, en général, distendue par l'hématome sous-jacent plus ou moins, d'ailleurs, suivant l'importance de ce dernier. Il existe dans presque chaque cas une fissure dont l'aspect et le siège sont très variables (ZUCKEMMAN-JACOBI) c'est une petite déchirure irrégulière sur la face diaphragmatique (GALLOWAY), sur la face convexe (METCALPE-SUSMAN), au tiers antéro-supérieur (BYFORD), au pôle supérieur (NIXON), au pôle inférieur (HALLINEL). Dans le cas de BURNETT c'est une déchirure de 5 centimètres de long sur le bord antérieur. COLEMAN signale une rupture tri-radiée de la

capsule. Chez un de nos malades on trouve une collection de sang tituée en avant de la rate et entièrement limitée par des adhérences péritonéales. La rate est complètement bloquée par des adhérences et invisible au fond de la plaie. Dans l'autre observation, la rate est collée contre la paroi abdominale et le diaphragme. FOURNIER trouve chez une de ses opérées une rate entourée de nombreuses adhérences anciennes, difficiles à cliver : il arrive toutefois à libérer le pédicule. UNDERWOOD constate des adhérences postérieures. Les autres auteurs ne semblent pas signaler la présence d'adhérences pouvant gêner la splenectomie.

L'HEMATOME SOUS-CAPSULAIRE.

Il est très variable lui aussi quant à son volume et à l'aspect du sang qu'il contient. Dans nos deux observations inédites il a été trouvé un volumineux hématome.

FOURNIER constate chez une opérée un agglomérat noirâtre, goudron, poisseux, situé sous les fausses côtes, gros comme une tête de fœtus contenant de toute évidence la rate, masse difficile à cliver. DEMMER, de Vienne signale un hématome gros comme une mandarine. COLEMAN note un hématome entre la capsule et la face convexe de la rate avec rupture tri-radiée de la capsule et petit hématome ancien et organisé du volume d'une noix sur le bord antérieur de la rate. Flui-

de s'il est de date récente, le sang de l'hématome devient noirâtre et agglutiné s'il séjourne plusieurs jours.

LA PULPE SPLENIQUE

En règle générale, l'aspect de la rate est normal (CONNOR, METCALPE, SUSMAN, VINCENT. J. DARKINSKI, RHAME). BOHLER signale cependant un hile particulièrement effondré. GALLOWAY semble trouver une rate friable, qui présente une petite déchirure irrégulière sur sa face diaphragmatique. DEMMER signale une rate pesant 1 kg. 650. SMITH constate chez une femme enceinte une rate un peu augmentée de volume. De même CAPECCHI fait remarquer que l'augmentation de volume est peut-être due à la rupture. Sous une rupture étoilée de la capsule au niveau de la partie supérieure de la face antérieure KASPAR peut enfoncer le doigt dans un canal creusé dans le parenchyme et qui va jusque sous la capsule sur la face postérieure. HALLINEL trouve une rupture transverse du pôle inférieur. Dans l'un de nos cas, l'hématome était très volumineux et refoulait la rate en-dedans, celle-ci était de volume normal.

EPANCHEMENT DE SANG INTRA-PERITONEAL.

S'il n'est pas constant, certains auteurs n'en parlent pas (METCALFE, CONNOR, SUSMAN) on ne peut cepen-

dant pas en conclure à son absence car BÖHLER signale un épanchement considérable, BYFORD, du sang épanché depuis longtemps, dans la cavité péritonéale (freed-old blood). ATTLEE en trouve dans le pelvis. DEMMER en retire 1 l. 500. KASPAR, 2 litres, cependant chez un de nos malades la collection de sang est entièrement limitée par des adhérences. FOURNIER note un agglomérat noirâtre gros comme une tête de fœtus situé sous les fausses côtes. FOUCAULT pense que ce cloisonnement existe plus fréquemment dans les rupture du pôle supérieur, il peut alors se constituer des hématomes péri-spléniques occupant la totalité ou une partie de la loge splénique (VINCENT, COVILLE, CAMUS, SIMPSON). On peut alors assister à la réparation progressive de la rupture avec formation et organisation du caillot; le fait est exceptionnel, car, dans la majorité des cas on voit réapparaître l'hémorragie ou suppurer l'épanchement. On pourrait cependant appliquer cette explication à l'une de nos observations et à celle de FOURNIER dans lesquelles l'hématome est complètement limité par les adhérences.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE.

En dehors de la zone en contact avec l'hématome, le tissu splénique est le plus souvent absolument sain (HARVEY-BAILEY), mais parfois on note un épaississement et une hyalinisation des capillaires des corpus-

cules de Malpighi (RHAME, UNDERWOOD, BYFORD, BLACK). RHAME pense que cette lésion est à l'origine de la rupture. ZUCKERMANN croit qu'elle est secondaire, enfin UNDERWOOD, BYFORD, WOHL et BLACK considèrent qu'il s'agit d'une lésion extrêmement fréquente. BLACK admet même qu'à l'âge de trente-six ans la moitié des rates présentent ces légers signes de dégénérescence.

Au contact de l'hématome, le tissu splénique est tantôt normal, tantôt présente des signes de désintégration qui peuvent aller jusqu'à l'état de bouillie (AKINSON). Parfois existe une simple réaction que DAHLE considère comme consécutive à l'hématome, mais dans certains cas on peut se demander s'il s'agit de lésions primitives ou secondaires à l'hématome. Dans l'une de nos observations, voici le résultat de l'examen histologique pratiqué par le docteur BEAUCHEF :

Les corpuscules de Malpighi sont bien conservés, ne sont pas sclérosés, les cordons de Billroth sont intacts. On note seulement des dépôts importants de pigments sanguins, une capsule épaissie et, sous cette capsule, des traînées de polynucléaires.

Les cordons de Billroth sont, en certains passages, gorgés de sang. Mais généralement, ils ne sont pas surchargés. Pas de cellules de Sternberg, non plus que de gros éléments myeloïdes. On pense à une rate hémolytique avec minimum de signes histologiques.

D'autres coupes traitées à l'hématoxiline au fer, montrent une sclérose légère des cordons de Billroth mais avec conservation des corpuscules de Malpighi. En définitive on ne peut arriver à une conclusion pour le diagnostic.



PATHOGENIE

1) *LA RUPTURE EST-ELLE TRAUMATIQUE OU NON TRAUMATIQUE ?*

Dans de très nombreux cas on ne relève aucun traumatisme de quelque importance dans les antécédents. Nous avons énuméré plus haut les nombreuses causes occasionnelles rapportées dans les différentes observations. Cependant, il existe parfois un traumatisme dans les antécédents et dans ce cas l'origine spontanée ou traumatique de la rupture est sujette à discussion.

ASK, UPMARK et SCHLEGEL croient que beaucoup de ruptures dites spontanées sont en réalité des ruptures traumatiques secondaires, car l'intervalle libre entre le traumatisme et la rupture peut-être très long. MAC INDOE donne de 48 heures à 6 mois comme étendue de l'intervalle libre, avec un maximum de fréquence de 3 à 9 jours. Il se produirait un hématome de la rate qui augmenterait progressivement et se romprait tardivement.

Parfois l'intervalle libre n'est marqué par aucun symptôme important. CACHIN, dans sa thèse, rapporte

les cas de CHIFOLIAU, DESMARETS, SCHMID et BUMM, dans lesquels la période d'intervalle libre est absolument latente et a duré respectivement cinq jours, onze jours, quinze jours, vingt-huit jours. Dans le cas le plus long, la rate avait contracté des adhérences importantes avec la paroi.

Cependant, tout antécédent traumatique ne signifie pas que le traumatisme est la cause de la rupture. C'est ainsi que SHORTEN rapporte un cas de rupture de la rate survenue dix-huit mois après un traumatisme abdominal, mais comme il n'existait aucune adhérence autour de la rate, il conclut que le traumatisme ne pouvait être mis en cause. L'enfant de treize ans de DAHLE faisait bien partie d'un club de boxe, mais ne se souvenait pas avoir reçu de coup dans la région splénique. Dans notre observation, le malade tout d'abord ne se souvenait d'aucun traumatisme, c'est seulement après l'opération qu'il nous dit avoir fait une chute dans un escalier. Mais cette chute est survenue huit mois avant l'hospitalisation et quatre mois avant le début des douleurs dans l'hypochondre gauche. De plus, il est tombé sur le côté droit, a souffert de ce côté après l'accident, pendant peu de temps, n'a pas cessé son travail et a aucun moment n'a présenté au cours de cet accident de douleur du côté gauche. Il semble donc que ce traumatisme très éloigné ne doive pas entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la rupture de la rate.

2) LA RATE EST-ELLE PATHOLOGIQUE OU SAIN ?

Il existe des cas évidents, ce sont les plus fréquents, où la rupture survient sur une rate pathologique. D'après Fosscaut, c'est le paludisme qui est le principal responsable des ruptures spléniques spontanées. Courus, en 1855, en rapportait d'Algérie neuf observations. — Piatraix en avait observé vingt dans l'Inde.

A côté du paludisme à qui reviennent près des trois quarts des observations, il faut citer en première ligne la fièvre typhoïde, en 1914, Courcier et Doumaz en notaient treize cas. Viennent ensuite le typhus exanthématique (Wittmann), la granule (Darschitz), la leucémie (Hankovskaja).

D'autres cas sont discutables où la rate, sans présenter de lésions très importantes, n'est pas tout à fait normale. On peut admettre que ces lésions de la rate, même anémiées, ont pu favoriser la rupture. Ce sont là des cas intermédiaires entre les ruptures spontanées de rate pathologique et celles de rate saine.

C'est ainsi que les anémies alcooliques peuvent faire survenir des lésions de la rate. Sans doute, dans le cas de Courcier la rate était apparemment saine, mais un examen microscopique aurait peut-être montré des lésions histologiques dégénératives. Dans notre

observation 2 aucun examen n'a pu être pratiqué et il est bien vraisemblable que la rate présentait des lésions de dégénérescence.

Dans deux autres cas, PICARD et RHAME ont trouvé des thromboses : PICARD relate celui d'un infarctus récent ayant déterminé un hématome sous-capsulaire et une rupture en deux temps dans un organe jusque-là normal. Aussi se demande-t-il quelle est l'origine de cet infarctus chez un individu bien portant, sans aucune affection, sans cardiopathie manifeste, et de conclure : « Ces ruptures par infarctus sont donc extrêmement rares à moins qu'on ne fasse entrer dans leur cadre certaines ruptures spontanées de rate apparemment saines. » RHAME a également trouvé une thrombose sans aucune modification des parois des vaisseaux sanguins.

Enfin, plusieurs comptes rendus histologiques signalent une hyalinisation des capillaires des corpuscules de Malpighi. Nous avons discuté de cette question à propos de l'anatomie pathologique microscopique. Il est bien difficile d'affirmer dans quelle mesure des lésions aussi légères et aussi banales peuvent favoriser une rupture spontanée d'une rate saine.

3) *LA RATE EST APPAREMMENT SAIN.*

Il est des cas indiscutables où la rate ne présente aucune lésion à l'examen histologique (PICARD, GALLO-

WAY, BYFORD, BURNETT, BAILEY, GOGES). Sur ce point nous en sommes encore réduit aux hypothèses. Pour SUSMAN quatre explications sont possibles.

1°) Ramollissement de tout le tissu splénique.

2°) Congestion de la veine porte et de ses branches et impossibilité à la veine splénique de petit calibre de pouvoir se dilater.

3°) La pression sanguine allant en augmentant entre la rate et la capsule, celle-ci finalement éclate. C'est sans doute à cette hypothèse que pense un auteur allemand en écrivant qu'une contracture des fibres musculaires de la capsule peut, brusquement, rétrécir la lumière des vaisseaux et oblige le sang à retourner dans les artères et les capillaires du parenchyme, dans le système réticulo-endothélial dont les parois sont ainsi surchargées et se rompent.

4°) Adhérences fixant l'organe et prédisposant à la rupture.

Il propose d'autre part deux théories :

— La rate est normale, mais la rupture s'est produite en un point où le tissu splénique est malade. Cette partie serait détruite au cours de l'hémorragie. BYFORD soutient aussi cette thèse, mais ZUCKERMAN s'oppose à une telle supposition.

— Dans sa deuxième théorie, il pense à la possibilité d'un traumatisme il envisage même le simple ef-

fort tel ce malade qui, en se baissant, ressent une violente douleur dans l'hypochondre gauche. Nous avons constaté plus haut que cette explication est difficilement soutenable.

De son côté, ASK-UPMARK pense à un spasme brusque de la veine splénique avec hématome de la rate et rupture secondaire.

Plusieurs auteurs, enfin, ont remarqué la corrélation entre la rupture de la rate et la digestion. C'est tantôt au cours d'un repas même léger — un morceau de pain — ou bien après le déjeuner qu'apparaît une douleur violente qui fait immédiatement penser à une perforation d'ulcère gastro-duodéal. SUSMAN constate même la coexistence de troubles digestifs récents. Pour lui, en effet, la quantité de suc gastrique varie avec l'état de la rate, celle-ci secréterait probablement une substance dont la perte entraînerait la diminution de la sécrétion de pepsine par l'estomac. L'atteinte de la rate jusqu'ici non identifiable, entraînerait une perturbation dans l'appareil digestif. En effet, sur sept cas cités par lui, cinq avaient des symptômes digestifs et deux réunissaient dans les autres organes les conditions suffisantes pour expliquer ces symptômes; respectivement: calculs biliaires et tuberculose.

Se basant sur d'autres considérations, quelques auteurs anglais (HALLINEL, GREIG) ont pensé à la torsion d'un pédicule trop long, en particulier chez la femme.

ZUCKERMANN et JACOBI admettent dans leur cas que le manque de fixité de la rate, l'absence de ligament phrénocolique et de fixité du pancréas ait pu être à l'origine de la rupture. Ils expliquent ainsi le mécanisme : il se produirait au cours du repas un déplacement de la rate entraînant une coudure et, par là, une gêne circulatoire dans les veines spléniques, une thrombose s'en suivrait, puis un hématome sous-capsulaire et enfin la rupture.

De toutes ces explications, il résulte que le même mécanisme ne paraît pas applicable à tous les cas. Tantôt des lésions discrètes de la rate peuvent faciliter la rupture et faire ranger certaines observations dans le cadre des ruptures pathologiques. Tantôt la notion d'un traumatisme, bien que léger empêche de classer les observations parmi les ruptures spontanées. Quand ces deux notions pathogéniques sont totalement absentes, on est bien obligé de parler de rupture spontanée de rate apparemment saine. Mais alors le problème pathogénique, malgré les nombreuses hypothèses élaborées, ne paraît pas élucidé.

SYMPTOMES

Ils se manifestent sous deux formes.

— Une forme aiguë, accompagnée de tous les signes de l'hémorragie interne.

Une forme lente à symptomatologie très variée.

Dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, les symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui surviennent au cours des autres ruptures de la rate.

FORME AIGUE.

Brusquement, en pleine santé, apparaît une violente douleur dans l'hypochondre gauche. Pour BYFORD la douleur subite dans la partie supérieure du côté gauche de l'abdomen serait le signe commun à tous les cas. Cependant, la douleur peut apparaître à l'épigastre, disparaître ensuite pour réapparaître brusquement, comme un coup de poignard, dans l'hypochondre gauche (BOHLER). Dans presque tous les cas apparaît dans les heures qui suivent la classique irradiation de la douleur vers l'épaule gauche. GALLOWAY a noté chez un sujet de vingt-neuf ans que la douleur se dé-

plaçait suivant les changements de position du malade, tantôt irradiant vers l'épaule droite, lorsqu'il était couché du côté droit, tantôt à gauche, lorsqu'il se tournait du côté gauche, mais c'est le seul cas signalé.

Puis survient un état de shock plus intense peut-être que celui qui accompagne toute autre rupture viscérale.

La syncope, fréquemment observée dans cette forme, l'est cependant moins que dans les autres ruptures de la rate. Elle provoque la chute du malade avec perte de connaissance. Cette particularité a pu faire confondre l'effet avec la cause et faire attribuer la rupture viscérale à la chute (FOUCAULT) FOURNIER et FOERSTER citent une malade qui en tombant à la suite de sa syncope se heurte le côté gauche.

Les signes d'hémorragie interne aggravent encore l'état d'adynamie du malade (ZUCKERMAN) et augmentent la pâleur de la face, la petitesse du pouls, la faiblesse et la rapidité de la respiration. Parfois on remarque des signes d'épanchement intra-péritonéal, hyperesthésie prédominant à l'hypochondre gauche (FOURNIER), matité dans les flancs (RHAME) voir même défense musculaire pariétale.

Certains symptômes toutefois permettent d'attirer l'attention du côté de la rate :

La douleur déchirante du début qui est apparue dans l'hypochondre gauche et qui a irradié à l'épaule gauche;

Une tension douloureuse de la paroi plus marquée du côté gauche;

Enfin une zone de matité fixe peut-être perçue à la percussion de cette région (FOUCAULT).

En règle générale, le diagnostic de rupture de la rate n'est pas fait, et c'est, chez les femmes, pour rupture de grossesse extra-utérine, pour perforation d'un ulcus gastro-duodénal chez les hommes, que l'on opère d'urgence. La rupture de la rate est une découverte opératoire (SUSMAN). Si l'on n'intervient pas dès les premières heures, la phase terminale ne tarde pas à apparaître, la mort survient rapidement dans le collapsus, au milieu des symptômes d'anémie aiguë. Cependant, après ce début aigu, les signes peuvent s'amender puis reprendre de nouveau, réalisant des formes en deux temps semblables à celles de la rupture traumatique de la rate.

FORME LENTE.

Beaucoup plus fréquente que la précédente, elle est d'une symptomatologie plus variée. C'est celle que nous avons remarquée dans nos deux observations.

Le début peut être brusque, avec des douleurs vives de localisation variable, le plus souvent dans l'hypochondre gauche, mais parfois aussi à droite au point de Mac Burney (BYFORD). Au bout de quelques instants, ou de quelques heures, les symptômes s'apaisent

et l'évolution ne reprendra que dans les jours ou les semaines qui suivent.

Dans d'autres cas, le début est lent, avec une douleur progressivement croissante de l'hypochondre gauche, comme dans l'observation de CONNOR, dont le malade a souffert pendant six mois de la partie gauche de l'abdomen, ou comme dans notre observation I. où le malade souffrait depuis quatre mois avant l'opération.

Les douleurs siègent dans le côté gauche, irradiant à l'hypochondre, à l'épaule, gênant la respiration et pouvant faire croire à une pleurésie.

Dans le cas de SHORTEN, la douleur était péri-ombilicale. Les signes proprement hémorragiques : soif, accroissement progressif de la tachycardie et de l'hypotension, passeraient assez souvent inaperçus.

Les syncopes sont beaucoup moins fréquentes que dans la formes précédente, et surviennent surtout chez les femmes (BOHLER, FOURNIER et FORSTER, HALLINEL), ce serait pourtant un signe d'une importance capitale, aussi CACHIN conseille-t-il de le rechercher par un interrogatoire minutieux, quand il n'est pas spontanément signalé. Dans nos deux observations, le palper de l'hypochondre gauche montrait l'existence d'une douleur vive et la présence dans l'un des deux cas, d'un empâtement débordant le rebord costal gauche, où l'on ne sentait pas avec netteté le bord tranchant de la rate, dans l'autre une masse, dont la radiographie précisait les limites.

Dans nos deux observations nous avons seulement remarqué l'existence d'une matité de la base gauche, ayant entraîné le diagnostic de pleurésie.

Tels sont dans cette forme lente le symptômes le plus fréquemment rencontrés.

Examens complémentaires.

1) *Numération globulaire.*

Elle a donné chez nos deux malades les résultats suivants:

M. T...:

Polynucléaires neutrophiles	79
Polynucléaires éosinophiles	0
Polynucléaires basophiles	0
Métamyélocytes	2
Lymphocytes	3
Moyens mononucléaires	7
Monocytes	5
Leucocytes anormaux	
Myélocytes	2
Promyélocyte ..	1
Myéloblaste	1

La numération globulaire donnait 20.200 globules blancs au mm³ et globules rouges: 3.210.000.

M. P...:

Première numération:

Polynucléaires neutrophiles	68
Polynucléaires éosinophiles	0
Polynucléaires basophiles	0
Métamyélocytes	3
Lymphocytes	7
Moyens mononucléaires	14
Monocytes	5
Leucocytes anormaux.	
Myélocytes	1
Promyélocytes	2
avec 8.200 globules blancs au mm ³ .	

Deuxième numération après splénectomie:

Polynucléaires neutrophiles	17
Polynucléaires éosinophiles	8
Polynucléaires basophiles	0
Métamyélocytes	1
Lymphocytes	6
Moyens mononucléaires	54
Monocytes	10
avec 3.850 globules blancs au mm ³ .	

Devant cette leucopémie on conseille un mois de repos. Le malade a repris ensuite son travail.

Parmi les autres observations, METCALPE note une leucocytose de 25.000 G. B., RHAME une de 13.040,

après splénectomie il constate que la formule sanguine est devenue normale. Le malade de BYFORD présente une leucocytose de 18.200 à son entrée avec 95 pour cent de polynucléaires.

Après splénectomie: Polynucléaires: 63; gros lymphocytes: 22; petits lymphocytes: 8.

Pour les auteurs anglais, la leucocytose serait un signe important et fréquent. Nous l'avons remarquée dans l'une de nos observations.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Il donne de son côté les renseignements les plus précieux. Préconisé par CAMUS en 1905, il a permis jusqu'à présent d'échafauder nombre de diagnostics.

La radioscopie peut montrer l'existence d'une ombre plus ou moins bien limitée sous diaphragmatique gauche, douloureuse au palper, immobilisant l'hémi-diaphragme gauche comme dans l'une de nos observations, avec persistance d'une transparence pulmonaire normale de la base, ou bien comme dans l'autre, émoussant le sinus costo diaphragmatique gauche.

La radiographie montre dans nos deux observations un signe constant après ingestion barytée: c'est le refoulement de la grosse tubérosité gastrique vers la droite par une volumineuse collection. PARCELIER a utilisé la même méthode à la radioscopie et a cons-

taté dans certains cas le rejet à droite de l'estomac et une déformation de la grande courbure suffisamment nette pour affirmer l'existence d'une tumeur extra-gastrique.

On voit donc le précieux concours que peut apporter au diagnostic le contrôle radiologique.

DIAGNOSTIC

Si celui-ci est déjà particulièrement délicat dans les cas de rupture consécutive à un traumatisme, on peut aisément apprécier toutes les difficultés qui surgissent lorsque aucun antécédent traumatique ou pathologique n'est trouvé.

Dans les formes aiguës, en présence d'un malade profondément shocké, incapable de fournir aucun renseignement utile, chez qui les accidents sont survenus spontanément, le médecin a le droit d'hésiter.

Chez la femme, on pense d'abord à une rupture de grossesse extra-utérine. Le problème est encore plus difficile à élucider quand il s'agit d'éliminer la rupture spontanée d'un viscère creux: perforation gastrique au cours d'un ulcus (SUSMAN), rupture de la vésicule biliaire, appendicite perforante d'emblée (THOMAS, NIXON). Ici c'est le siège initial de la douleur déchirante du coup de poignard abdominal, c'est la localisation du maximum douloureux perçu à la palpation de l'abdomen, c'est l'absence du syndrome hémorragique, qui permettent d'orienter le diagnostic. Une fois

enfin, GALLOWAY cite le cas d'une femme envoyée pour hernie crurale gauche étranglée.

Dans les formes lentes on devra rechercher :

La douleur initiale dans le côté gauche, son irradiation très fréquente dans l'épaule gauche, l'existence d'une syncope sur laquelle le malade ne porte pas toujours son attention,

La présence d'une masse douloureuse dans l'hypochondre gauche.

qui devraient suffir pour indiquer tout au moins la laparatomie exploratrice. Il existe en effet très souvent (c'est le cas de nos deux observations), un long « intervalle libre » entre l'apparition de la première douleur révélatrice et la date fixée pour l'intervention — 12 jours pour l'un, 4 mois pour l'autre — pendant lequel peuvent intervenir, comme dans les ruptures traumatiques, des accidents dramatiques. Le déclenchement de ces accidents est extrêmement brutal, telle cette femme enceinte, citée par BOHLER, qui est brusquement prise dans la matinée d'une violente douleur dans l'hypochondre gauche, elle s'arrête de travailler quelques instants, puis reprend ses occupations. A 17 heures survient une douleur en coup de poignard dans l'hypochondre gauche, suivie d'éblouissement, de syncope, de vomissements; elle est admise dans un état désespéré à l'hôpital où elle décède quelques heures après, malgré l'intervention d'urgence, et une trans-

fusion. L'hémorragie, dit QUENU, se produit avec une brusquerie et une abondance surprenantes, elle serait aussi foudroyante que celle d'une rupture d'anévrysme aortique (BLAND). Ceci souligne l'importance d'un tel diagnostic. Malheureusement la symptomatologie en est très trompeuse, et BYFORD cite un seul diagnostic préopératoire exact sur sept cas. Dans une de nos observations, on pense d'abord à un phlegmon périnéphrétique à évolution antérieure, mais l'examen du sang ne montrant ni leucocytose, ni polynucléose, on pense alors, soit à une lésion de la rate, soit à un hématome périrénal. Dans l'autre observation, on pense à un hématome sous-phrénique gauche de nature indéterminée, on explore la fosse lombaire : le rein est normal. Chez la femme, l'erreur classique est de penser à un hématocele on fait un toucher qui ne donne pas de résultat positif, mais devant l'aggravation de l'état général, on opère. A l'intervention, l'utérus et les annexes sont sains et on remarque que le sang vient de l'hypochondre gauche. Quand les signes se trouvent nettement localisés à l'hypochondre gauche, le diagnostic se pose encore avec les splénomégalies, mais ici on ne trouve pas une grosse rate mobile à bord tranchant, comme dans les splénomégalies de la cirrhose, de la maladie de Banti, etc..., mais un empâtement de cette région, qui pourrait tout aussi bien faire penser à un abcès de la rate qu'à un hématome.

Les examens complémentaires seront systématiquement pratiqués.

Sans s'attarder trop à la discussion de la formule sanguine, on préférera transporter le malade à la salle de radiologie.

Dans les cas douteux c'est à la laparotomie exploratrice qu'on devra avoir recours; on aura plus souvent lieu de s'en féliciter que de la regretter.

A. CONNOR et A. DOWNES préconisent le moyen suivant: petite incision faite à l'anesthésie locale au niveau de l'hypochondre gauche; la présence du sang dans la cavité abdominale permet de confirmer le diagnostic et de pratiquer alors l'intervention sous anesthésie générale et l'incision en bonne place.

La plupart des auteurs, cependant, pratiquent d'emblée une incision médiane sus-ombilicale, sur laquelle ils branchent une incision transversale gauche, quand l'exploration a révélé le siège de l'hémorragie. Souvent, cette grande incision elle-même, est incapable de donner un jour suffisant dans la région splénique, aussi doit-on avoir recours en pareil cas à la résection du rebord costal gauche (MONOD et VAUVERT, AUVRAY). Une fois l'incision pratiquée, la rate est explorée sur ses différentes faces et le problème est de savoir à quel mode de traitement le chirurgien doit avoir recours.

En principe, la splénectomie doit être faite car le

tamponnement n'est qu'un pis aller, et dans le cas où il a été pratiqué comme dans l'un des nôtres, les suites ont été presque toujours troublées, souvent une splénectomie secondaire a dû être faite ou la mort est survenue après une infection interminable de l'hématome.

OBSERVATIONS

PREMIERE OBSERVATION INEDITE

P... Lucien, 38 ans.

Entre à la clinique le 4 octobre 1941. Depuis près de quatre mois il souffre d'élancement dans le côté gauche, avec parfois des points douloureux très vifs lui coupant la respiration. La douleur devenant continue, il cesse son travail le 26 août. Depuis ce moment les douleurs ont toujours été en augmentant, elles sont devenues très vives, gênant la respiration et irradiant à l'épaule gauche. En février, il était tombé dans un escalier, avait ressenti une vive douleur dans le côté droit qui avait rapidement disparu. C'est le seul antécédent traumatique que l'on retrouve.

A l'examen, vive douleur à la palpation dans l'hypocondre gauche. La radio montre une grosse masse sombre sous l'hémi-diaphragme gauche. L'ingestion de gelobarine montre un estomac considérablement refoulé vers la droite. Cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche émoussé, par ailleurs bonne transparence pulmonaire. On pense d'abord à un phlegmon péri-néphrétique à évolution antérieure, mais l'examen du sang ne montre ni leucocytose ni polynucléose. On pense alors soit à une lésion de la rate, soit à un hématome péri-rénal.

6 octobre. — Intervention. — Incision de Bazy, on explore la fosse lombaire, on ne trouve rien autour du rein, on prolonge l'incision en avant et on détache un grand lambeau à concavité supérieure. Il existe du sang dans le ventre. La rate paraît très volumineuse et collée contre la paroi abdominale et le diaphragme. Ligature première du pédicule, libération de la rate; à ce moment la capsule se rompt et il se vide un énorme hématome situé sous la capsule et sur la face externe de la rate. Splénectomie. Suintement sanguin important sur toute la zone décollée. Mèche, drain. Fermeture partielle de la paroi en deux plans.

Suites normales.

30 décembre. — A repris 5 kilos depuis son opération. Bon appétit, souffre un peu de sa cicatrice qui est solide. Les muscles de la paroi abdominale se contractent bien malgré l'étendue de la cicatrice et la section de plusieurs nerfs intercostaux.

15 janvier 1942. — Examen de sang. Formule très changée. Anémie. Leucopénie avec formule leucocytaire inversée.

Repos jusqu'au 15 février date à laquelle le travail est repris.

DEUXIEME OBSERVATION INEDITE

T... Marcel, 54 ans, entre à la clinique le 20 septembre 1941.

Il a ressenti le 11 septembre un point de côté gauche violent. Le 13 au soir température 38°8, depuis ce jour elle oscille aux environs de 39°. Son médecin a trouvé à

la base gauche matité et abolition des vibrations vocales et a fait une ponction ayant ramené un liquide sanglant.

20 septembre. — Présente toujours un point de côté très vif à la base gauche, irradiant vers l'épaule gauche, de la dyspnée mais pas de toux. Il crache un peu comme à l'habitude.

Gros amaigrissement. Assourdissement des bruits du cœur. T.A. 11-7 long passé éthylique.

On constate de la submatité de l'hémithorax gauche. à la base avec abolition des vibrations, mais pas d'égophonie, ni de pectorilopie aphone. En avant on sent un empatement qui déborde le rebord costal gauche et qui est peut-être dû à la rate. On ne sent toutefois pas son bord inférieur tranchant. Le foie déborde d'un travers de main.

Une nouvelle ponction sur la ligne axillaire antérieure gauche dans le huitième espace intercostal, au maximum de la matité permet de retirer un liquide sanglant. L'aiguille ne donne qu'enfoncée d'au moins quatre centimètres aussi pense-t-on à un épanchement sous-phrénique. L'examen cytbactériologique montre de très nombreuses hématies et de rares polynucléaires souvent altérés, pas de microbes.

La radio montre un refoulement de la grosse tubérosité gastrique vers la droite par une volumineuse collection. Immobilité de l'hémi-diaphragme gauche. Transparence normale à la base gauche.

On pense à un hématome sous-phrénique gauche de nature indéterminée. Intervention 23 septembre 1941. — On explore d'abord la fosse lombaire: rein normal, on

ouvre le péritoine dans la partie antérieure de l'incision, celui-ci est bloqué, on ne sent pas la rate. Fermeture du péritoine. Décollement du péritoine pariétal de la paroi et du diaphragme, on effondre le péritoine très haut, on tombe sur une collection sanguine située en avant de la rate et limité par des adhérences péritonéales. La rate ne présente pas au palper de fissure importante mais est complètement bloquée par des adhérences et invisible au fond de la plaie. Devant l'état précaire du malade on ne peut pousser d'avantage l'exploration ni faire de splénectomie. Evacuation de l'hématome. Drain. Mèche. Fermeture partielle. La température baisse et l'état *semble* s'améliorer, mais le 1^{er} octobre la température monte et un épanchement pleural gauche apparaît.

Le 4 octobre, ponction pleurale. Liquide clair citrin réactionnel. La température devient oscillante, irrégulière. Le drainage de la loge rénale n'est pas parfait l'épanchement pleural se reproduit.

Le 24 octobre. — Nouvelle ponction pleurale. 150 cc. de liquide sérohématique.

Le 26 octobre. — Anesthésie au protoxyde, on agrandit l'orifice de drainage. On retrouve la cavité située entre la rate et le diaphragme, on effondre les diverticules de cette cavité. Au cours de cette manœuvre le péritoine se trouve ouvert en avant. Fermeture du péritoine. Drain sous-diaphragmatique. Pas de réaction abdominale les jours suivants. La température tombe à la normale pendant quelques jours.

28 octobre. Transfusion de 200 cc.

Puis la température remonte avec oscillation. L'épanchement pleural s'est de nouveau reproduit. Le 3 no-

vembre, la ponction pleurale ramène un liquide purulent contenant des leucocytes altérés et de nombreux cocci. Les cultures donnent naissance à des colonies de pneumocoques.

Le 4 novembre. — Anesthésie locale. Pleurésie putride enkystée de la grande cavité gauche. Mise en place d'un drain au trocart de Coquelet et siphonage. Les jours suivant la température baisse un peu. De 5 à 600 gr. l'écoulement purulent tombe à 100 gr. on continue le siphonage. L'état général s'améliore. Le malade engraisse un peu. La température oscille entre 37 et 38°. Les plaies ont bon aspect. Il sort de la clinique le 3 décembre. Ecoulement de 30 à 40 cc. par jour par le drain pleural.

Rentre de nouveau le 8 novembre avec de la température.

13 janvier 1942. — On se décide à drainer plus largement la loge splénique. Etant donné l'état du malade, il ne peut toujours être question de splénectomie. Anesthésie locale. Longue incision dans le dixième espace intercostal gauche avec résection d'une partie de la dixième côte. Incision du diaphragme et mise à plat de la cavité suppurante sous-diaphragmatique. Pansement à plat. Le malade est un peu shocké par cette intervention. Les jours suivants il semble mieux ailer mais plaie toujours sale et suppurante avec élimination de débris sphacéliques

Vers le 1^{er} janvier, il s'était produit une fistule colique à l'angle inférieur de la plaie, à partir du 20 janvier 1942 la plaie se nettoie et se cicatrise progressivement. La fistule stercorale diminue. Le drain pleural donne peu. Il n'y a plus de température.

Peu à peu, le malade refusant de manger se cachectise.

Sort le 20 février 1942. Revu le 15 mars, même état, mais fait de la fièvre. Fistule stercostale et plaie abdominale sont presque guéries. Le drain pleural bouché est remplacé.

L'amaigrissement est extrême. Exitus le 18 mars 1942.

OBSERVATION N° 3

(METCALPE)

Homme de 24 ans. Boit un grand verre d'eau froide.
Ressent une vive douleur à gauche.

Pas de traumatisme.

Amené à l'hôpital on le laisse en observation, en se levant le lendemain ressent une violente douleur dans l'hypochondre gauche avec irradiation à l'épaule gauche. Signes d'hémorragie interne. Ventre souple. Laparatomie.

Rupture de la rate saine.

OBSERVATION N° 4

(SUSMAN)

Homme, 53 ans, violente douleur en se penchant. Depuis quelques mois souffre de digestions difficiles. Pas de traumatisme ni de typhoïde, ni de paludisme. Irradiation de la douleur vers l'épaule gauche. Diagnostic de perforation d'ulcus gastrique.

Hématome de la face convexe de la rate normale.

OBSERVATION N° 5

(RHAME)

Homme, 25 ans, ressent juste après le dîner une violente douleur dans l'hypochondre gauche. Vomit.

Pas de traumatisme, ni de paludisme, ni de typhoïde.

Tension de la partie gauche de l'abdomen.

Pas de douleur à l'épaule gauche.

Splénectomie. Rate normale.

OBSERVATION N° 6

(BYFORD)

Assis, un homme ressent une vive douleur dans le côté gauche le gênant considérablement pour manger.

La douleur est plus vive couché que debout.

A son entrée à l'hôpital. Abdomen un peu tendu. Douleur surtout péri-ombilicale.

Laparatomie. — Hématome du tiers antéro-supérieur de la rate normale.

OBSERVATION N° 7.

(NIXON)

H... P..., 14 ans, fait un abondant petit déjeuner. Nausées. Vomissements.

Pas de traumatisme. — Douleur dans l'hypochondre gauche puis à droite au niveau du point de Mac Burney. On trouve du sang dans la cavité abdominal.

Rupture du pôle supérieur de la rate saine.

OBSERVATION N° 8
(VINCENT — J. DARDINSKI)

Rupture spontanée de la rate chez un noir alcoolique sans antécédents traumatiques.

Douleurs dans la partie supérieure du flanc droit puis douleurs à gauche avec signes d'hémorragie interne.

Mort. Autopsie. Rate saine.

OBSERVATION N° 9
(PICARD)

Homme de 35 ans, employé dans une raffinerie de pétrole pousse une berline sans faire d'effort. Violente douleur dans l'hypochondre gauche.

Après hésitation car ventre souple intervention : on trouve un infarctus récent ayant déterminé un hématome sous-capsulaire et une rupture en deux temps. Il est bien mentionné qu'en dehors des zones hémorragiques le reste du tissu splénique est sain.

Le malade ne se souvient pas du moindre traumatisme cette affirmation ne peut guère être contestée de la part d'un ouvrier atteint au cours de son travail.

OBSERVATION N° 10

Garçon de 13 ans, hospitalisé pour appendicite.

L'enfant faisait partie d'un club de boxe mais ne se souvenait pas avoir reçu un coup dans la région splénique.

Début des douleurs dans l'hypochondre gauche.

Gagnent la région ombilicale puis la fosse iliaque droite.

Le lendemain légère défense abdominale avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Opéré 22 heures après le début. Incision droite puis incision sous costale gauche.

Rate d'apparence normale. Rupture de la face externe de 2 à 5 cm. de long et 1/2 cm. de profondeur.

Histologie : rate normale. Il y a une zone de réaction dans la région de la rupture quel'histologiste considère comme consécutive au début de l'hématome qui remonterait 24 ou 48 heures avant l'opération.

Dans les suites : pleurésie gauche puriforme sans microbes.

Guérison en 5 semaines.

OBSERVATION N° 11

(THOMAS)

Soldat de 27 ans. Pris à 9 heures du soir de violente douleur dans l'hypochondre gauche se généralisant puis se fixant dans la fosse iliaque droite. Vomissements.

Pas de traumatisme. Aucun antécédent.

Ne se fait porter malade que le lendemain à 11 heures 30. Admis à l'hôpital pour appendicite aiguë. Transféré à un autre hôpital pour être opéré le lendemain 20 heures après le début.

Examen : sensibilité et défense musculaire dans la fosse iliaque droite. Rien ailleurs.

Opération : incision droite, sang dans le péritoine.

Appendice normal. Puis incision paramédiane droite. On trouve une rate avec un gros hématome sous capsulaire et une petite rupture de la capsule.

Histologie. — Epaississement et dégénérescence hyaline de tous les vaisseaux de la rate. Le tissu splénique est normal.

Guérison.

OBSERVATION N° 12

(FOURNIER et FORSTER)

Mme K... C..., 34 ans.

Arrive à la clinique gynécologique de Strasbourg le 13 août 1937. Pâle, pouls petit 120. Température 37°.

Le 8 août, occupée à des travaux ménagers elle est soudainement prise de syncope. En tombant elle se heurte le flanc gauche contre une table, revient rapidement à elle, mais au courant de la journée est prise de quelques vertiges.

Le 9 août elle se sent mieux.

Le 10 et le 11 août elle reprend ses occupations habituelles.

Le 12, au réveil elle a quelques petits pertes sanglantes par voie vaginale et dans le courant de l'après-midi une syncope et de violentes douleurs dans l'hémithorax gauche. On diagnostique une rupture de grossesse tubaire.

Très pâle, muqueuses décolorées, lèvres orangées.

Abdomen bombé et douloureux au palper. Toute la région sous ombilicale présente une défense nette. La malade ne se plaint de rien sinon d'une douleur spon-

tanée et diffuse dans le ventre et d'un tiraillement dans l'épaule gauche. Elle est très faible.

Les dernières règles datent du 25 juillet. Habituellement très irrégulières. 2 enfants, un en 1936 prématuré mort-né, l'autre né en mai 1937.

Le toucher vaginal montre utérus et annexes semblant normaux.

Nous pensons d'emblée qu'il s'agit d'une grossesse ectopique rompue et nous intervenons d'urgence.

Anesthésie éther. — Annexes et utérus sont complètement normaux. Le sang vient de la gauche : c'est la rate qui saigne. Assèchement, drainage, suture.

Malade guérit en 15 jours.

Hématome par rupture du pédicule splénique. Parenchyme normal.

OBSERVATION N° 13

(HALLINEL)

Femme 56 ans. Ressent immédiatement après le dîner une douleur subite dans le dos puis dans le ventre. Pas de traumatisme.

Diagnostic de perforation d'ulcus gastrique.

Laparotomie médiane, on trouve du sang. On découvre une rupture du pôle inférieur. Le pédicule de la rate est plus long que d'habitude.

Pas de lésion de la rate à l'examen.

OBSERVATION N° 14

(SMITH)

Chez une femme enceinte.

28 octobre. — Ressent une sensation douloureuse dans

le côté gauche. Pas de traumatisme. Mais vomissements fréquents, on fait le diagnostic de troubles digestifs de la gestation. Le lendemain pâleur.

On pense à une rupture de grossesse tubaire ou à un appendice rétro-coecal.

Laparotomie. Appendicite et trompes normaux.

Il existe du sang dans la cavité abdominale.

Rate normale un peu augmentée de volume. Splénectomie.

Accouche normalement en avril.

D'autres observations sont moins complètes et plus douteuses.

OBSERVATION N° 15

(AKINSON 1874)

Cas douteux. A l'autopsie on trouve une désintégration de la base de la rate qui est à l'état de bouillie.

OBSERVATION N° 16

(SKERRIT 1878)

Douteux aussi car on ne trouve aucune description de la rate. Etait-elle normale.

OBSERVATION N° 17

(SHORTEN 1919)

Il existe un traumatisme abdominal 18 mois avant, mais puisqu'il n'y a pas d'adhérences autour de la rate on peut considérer la rupture sans relation avec le traumatisme.

OBSERVATION N° 18

(METCALFE et FLECHTER 1922)

Il y a eu rupture spontanée, mais il n'exist pas de description détaillée de la rate. Etait-elle normale ?

OBSERVATION N° 19

(CAPECCHI 1925)

La rate est un peu augmentée de volume. Mais ce peut-être dû à la rupture.

OBSERVATION N° 20

(STRETTON 1926)

Il n'y a pas eu de traumatisme avant la rupture. Mais STRETTON suggère l'excessive violence d'un coït, comme un facteur étiologique.

OBSERVATION N° 21

(SUSMAN 1927)

Rupture après avoir ramassé un objet lourd en se penchant.

La rate est anatomiquement et histologiquement normale.

OBSERVATION N° 22

(UNDERWOOD 1925)

Cas douteux. Adhérences postérieures. Hyalinisation des capillaires. Léger degré de dégénérescence vasculaire et pigmentation. Processus pathologique antérieur probable.

OBSERVATION N° 23

(HARVEY 1925. — BAILEY 1930)

Cas certains. Histologiquement rates normales.

OBSERVATION N° 24

(NIXON 1931)

Pas de traumatisme, mais il n'y a pas de description de la rate car mort pendant l'intervention. Il n'y a pas en d'autopsie.

OBSERVATION N° 25

(BLACK 1933)

Cas certain malgré un certain degré d'hyalinisation des vaisseaux. L'auteur admet qu'à 36 ans, 50 % des rates présentent cette dégénérescence.

OBSERVATION N° 26

(DARDINSKI 1932)

Rupture spontanée de la rate normale chez un sujet porteur d'un épithélioma primitif du foie.

OBSERVATION N° 27

(BURNETT — YOUNG)

Cas certains. Il y aurait une légère splénomégalie due à la congestion.

OBSERVATION N° 28

(ABELL 1933)

Une torsion du pédicule serait probablement à l'origine de la rupture.

CONCLUSION

De nombreuses observations de ruptures spontanées de rate saine ont été publiées.

Dans un certain nombre de cas un doute persiste, soit que l'origine traumatique ne puisse être absolument rejetée, soit que des lésions minimales du parenchyme splénique, ou l'absence d'examen détaillé de la rate, laissent subsister la possibilité d'une légère atteinte pathologique, cause de la rupture.

Mais il existe des cas indéniables, de rupture spontanée de rate saine à l'examen histologique.

Le mécanisme de cette rupture a soulevé de nombreuses hypothèses sur le rôle de la digestion, des spasmes vasculaires, des contractions de la capsule, de l'excès de mobilité ou des adhérences de la rate.

Les ruptures spontanées peuvent se présenter sous une *forme aiguë*, qui ressemble en tous points à la rupture traumatique, ou sous une *forme lente* dont nous apportons deux exemples, et qui prête à de grandes difficultés de diagnostic, et mériterait d'être dépistée plus tôt, de façon à leur appliquer le seul traitement efficace, la splénectomie.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
QUENU

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL

B I B L I O G R A P H I E

- BAILEY. — Rupture spontanée d'une rate normale. (*The Brit. Jour. of Surgery*, Janv. 1930, n° 67, p. 417).
- BOHLER. — Rupture de la rate au cours du septième mois de la grossesse. (*Bull. soc. Gynec. et Obst.*, octobre 1933, T. 22, p. 707).
- BURNETT. — Rupture spontanée d'une rate saine pendant la gestation. (*Brit. Med. Jour.*, janvier 1935, T. I, p. 1122).
- BYFORD. — Rupture spontanée de la rate saine. (*Archives of surgery Chicago*, t. XX, n° 2, février 1930, p. 232).
- CACHIN. — L'intervalle libre dans les contusions de la rate. (*Thèse de Paris* 1937).
- COLEMAN. — Rupture spontanée de la rate normale. (*Brit. Jour. of Surgery*, Jul. 1939, t. 26, p. 105).
- DAHLE. — La question de la rupture spontanée de la rate normale. (*Acta medica Scandi.*, n° 6, t. 15, décembre 1934). In : ZUCKERMAN et JOCOBI).
- DARKINSKI. — Rupture spontanée d'une rate apparemment saine. (*J. A. M. A.*, septembre 1932, 99, p. 831).
- DEMMER. — Rupture de la rate et ulcère du duodénum. (*Wiener Klin. Wochens an.* XV, n° 46, p. 1143).

FOGLIANI. — Ruptures spontanées de la rate. Etude clinique et pathogénique. (*Bull. Soc. Med. et Chir. de Modène*, 1934, 34, p. 189).

FOUCAULT. — Les ruptures spontanées de la rate et leur traitement. (*Jour. de Méd. de Bordeaux*, 1925, n° 55, p. 1138).

FOURNIER-FOERSTER. — Rupture non traumatique de la rate prise pour une poulpe extra utérine rompue. (*Bubl. Soc. Gynec. et Obst.*, avril 1938, T. 27, p. 4).

HALLIWEL. — Rupture spontanée d'une rate normale. (*Brit. Med. Jour.*, mai 1933, n° 3777, p. 919).

LAPORTE. — Les ruptures traumatiques de la rate à évolution retardée. (*Soc. anat. clin. de Bordeaux*, Janvier 1935, *Bordeaux Chir.*, avril 1936).

NIXON. — Rupture spontanée d'une rate saine. (*J.A.M.A.*, mai 1931, 96, p. 1167).

PARULIER. — Examen radiologique dans une rupture de la rate. (*Soc. Chir. de Bordeaux et du J. O.*, février 1930, *Bordeaux Chir.*, n° 1, p. 48).

PICARD. — Rupture spontanée et traumatique de la rate. (*Bull. Soc. Chir.*, février 1931, 57, p. 248).

SMITH. — Rupture spontanée d'une rate normale chez une femme enceinte. (*The Lancet*, April 1933, 1, p. 694).

SUSMAN. — Rupture spontanée d'une rate. (*Brit. Jour. of Surg.*, n° 57, 1927).

THOMAS. — Rupture spontanée d'une rate normale. (*Brit. Med. Jour.*, 7 décembre 1935, p. 1100).

WRIGHT. — Les ruptures spontanées de la rate saine.

(*Arch. of Surg.*, octobre 1939, 39, p. 4).

YOUNG. — Rupture d'une rate normale associée à une tuberculose pulmonaire. (*Ann. of surg.*, t. 47, n° 4, avril

1936, p. 669 et numéros de juin 1935).

ZUCKERMANN. — Rupture spontanée d'une rate normale.

(*Archives of Surg.*, n° 34, p. 917-918, mai 1937).



